

EL PROBLEMA PRÁCTICO DE LA NEURALGIA OVARIO - PEDICULAR Y LA SEUDO APENDICITIS CRÓNICA

Prof. Carlos STAJANO

No es nuestro objeto escribir un artículo más, sobre apendicitis crónica. Los cirujanos por su parte y los gastroenterólogos por otra, han discutido sus conceptos básicos, a nuestro juicio siempre con puntos de mira limitados, siendo pobre la argumentación que aportan para aclarar este confuso y mal encarado capítulo de Patología quirúrgica y clínica. Nuestra finalidad práctica dejará de lado sin comentario todo lo que se relacione con los capítulos referentes a Etiología, Patogenia, — existencia o no de la apendicitis crónica primitiva (Navarro) — puesto que son tantos puntos interesantes de ese capítulo de Patología Quirúrgica. Nuestro interés se concretará a llamar exclusivamente la atención de cirujanos y gastroenterólogos, sobre un proceso elemental del abdomen, que da así como muchas otras máscaras clínicas, la más perfecta de la apendicitis crónica. Me refiero a los síndromes de *congestión pélvico - abdominal y a los varicoceles pelvianos*.

Lejos éstos, de ser bajo el punto de vista sintomático procesos pélvico - abdominales puros, son en cambio de una frondosa y precisa sintomatología general, satélite del cuadro crónico abdominal, con el cual forman un sinérgico conjunto.

Los trabajos tanto nacionales como extranjeros, sobre apendicitis crónica, repiten la posibilidad de confusión clásica entre la tríada apéndice - colecisto - gástrica (Mayo), y numerosos otros procesos ceco - cólico - pancreáticos, etc., etc.

Y a pesar de los perfectos medios de exploración de hoy,

siguen no poco frecuentemente apareciendo sorpresas operatorias o de malos resultados; hoy como ayer, por falta de examen, o por error de interpretación de los síntomas.

Toda la patología congénita para -apendicular, del ciego y colon proximal, entra en juego muchas veces. Todas las formaciones velamentosas del hemicolon derecho en su forma total (Jackson), o íleocono -apendiculares (Buy) o las ansas de Lane, dan el síndrome clínico, que la apendicectomía simplista no puede suprimir.

La patología inflamatoria del abdomen así como las epiploítis, las adenopatías tuberculosas mesentéricas e íleocecales, tema este último que motiva la atención de uno de mis colaboradores, los procesos inflamatorios específicos del ciego y colon ascendente, entran en el proceso mental del diagnóstico.

Por último quiero referirme a la máscara apendicular de los procesos inflamatorios pelvianos, es decir al único proceso que cuenta como entidad ginecológica para el cirujano general, o para el gastro -enterólogo, en sus dudas diagnósticas con la apendicitis crónica. Hemos estudiado ⁽¹⁾ la máscara apendicular aguda más perfecta en la pelviperitonitis inicial; es bien conocida también la referencia del dolor en la fosa ilíaca derecha o izquierda en ciertos momentos de la evolución de las inflamaciones anexiales crónicas.

Pero guay cuando esta referencia palpable del anexo falta y el cirujano desprevenido, o el ginecólogo improvisado, descarta la causa útero -anexial, como determinante del síndrome que expresa su dolor típico en la mal llamada región apendicular.

En diversas circunstancias hemos publicado nuestro concepto sintético y clínico referente a la congestión pélvico -abdominal y los varicoceles ⁽²⁾.

Describimos el proceso elemental de repleción de las venas, los territorios diversos de la pelvis venosa y su recorrido abdominal; la acción inflamatoria histológica de la congestión crónica, la organización de la fibrosis consecutiva y las consecuencias tardías de las esclerosis perivasculares. El estudio clínico y ana-

(1) Stajano. — "El cuadro agudo de vientre".

(2) Stajano. — "La cirugía pelviana y el varicocele". Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Tomo IV, n° 1, pp. 3 - 27. 1934.

tómico de los distintos y numerosos casos observados, nos permitió relacionar alrededor de un mismo proceso elemental las distintas lesiones observadas en las venas dilatadas:

- a) La dilatación simple, sin alteraciones de forma, ni de contextura histológica.
- b) La dilatación de sus paredes con espesamiento parietal; infiltración intersticial, hipertrofia de la túnica media del vaso con integridad del endotelio.
- c) La organización conjuntiva de la túnica media del tipo anterior, evolucionando a la fibrosis esclerosa.

La pared venosa estirada, adelgazada, inerte, sólo está representada por un tejido conjuntivo fibroso, adherente a las serosas envolventes y a la atmósfera perivascular, inflamatoria primero, esclerosa más tarde, que se elabora lenta y persistentemente en el ambiente traumatizado por la congestión crónica durante largos años.

- d) Ultimo período: ausencia de fibras muscularés contráctiles y de fibras elásticas, determinando la dilatación ampular.

Lesiones del endotelio venoso; flebolitos, manifestaciones de trombo-flebitis crónica consecutiva a todo el proceso anterior, en la base del cual actúa *el traumatismo continuado de la congestión*.

Los procesos de esta categoría, no son tenidos en cuenta por el cirujano general; los tratados de ginecología no insisten en la descripción sintomática y clínica de este proceso tan fundamental, tan frecuente, tan simulador de lesiones distantes. Y no justificamos el por qué de tal ignorancia, motivada por un silencio, sólo explicable por el concepto anatómico dominante aún en patología pelviana y abdominal.

La patología funcional, sin el representante anatómico palpable, es aún poco interpretada, por lo menos por la generalidad, y su enseñanza clínica o se hace poco o se hace mal. La congestión pelviana y los varicoceles consecutivos, son procesos que abastecen tal cantidad de síndromes clínicos, que es dentro de este capítulo anatomo-clínico, que se pone de manifiesto la unidad funcional, tanto en fisiología como en patología general.

Múltiples cuadros del abdomen (abdomen crónico) así como máscaras psíquicas y nerviosas, dan real interés a este capítulo de medicina y cirugía general, por cuanto simula procesos de alejadas y diferentes especialidades. En el relato oficial hecho en noviembre de 1933 "Relación anual de la Federación de S. M. Científicas", describimos sus aspectos clínicos y puntualizamos:

- a) las máscaras clínicas del útero congestivo;
- b) las máscaras inflamatorias anexiales ;
- c) las máscaras del ovario congestivo;
- d) las máscaras urinarias, las pseudo - cistitis y la máscara reno - ureteral;
- e) la máscara recto - cólica izquierda y la pseudo - sigmoiditis. Las pseudo cólicas;
- f) la máscara apendicular crónica de las congestiones pelvianas y el varicocele;
- g) las máscaras psíquicas del varicocele y éste como elemento etiológico en psiquiatría.

Concluimos en ese informe, con el estudio general de este tipo de enferma y llamamos la atención sobre su terapéutica racional, aunque modesta por el momento, pero dando un gran paso al llamar la atención del práctico sobre las falsas rutas y herejías terapéuticas realizadas a diario en este tipo de enfermas que lo más cerca que se les ha mandado cuando ha sido posible es a Plombieres o a Chatel Guyon, como pintorescamente lo dijo Dieulafoi o al campo, a la playa, para volverse a presentar ante el médico como fantasmas durante toda la vida. A esas mal llamadas neurópatas, es menester diagnosticarles la naturaleza de sus sufrimientos, para tratarlas correctamente, evitando esa sucesiva serie de intervenciones quirúrgicas "a priori" sobre la fosa ilíaca, la vesícula biliar, el estómago, etc. etc., hechas con un empirismo y una ceguera total respecto a la verdadera causa de esos síndromes. Poseemos una copiosa documentación ilustrativa, de este tipo de enferma víctima de la cirugía simplista.

Concretémonos a los dos síndromes fantasmas de las fosas ilíacas, y sobre las cuales recaen tantas culpas de la patología crónica del abdomen: a derecha *la pseudo apendicitis crónica*; a izquierda, *la colitis espasmódica simple o pseudo membranosa que*

en verdad se perpetúa en vidas enteras, pese a los tratamientos meticolosos orientados hacia la manifestación visceral, encarada como un proceso inflamatorio que no existe en realidad.

Cuadro clínico. La pseudo apendicitis crónica. — En la mujer es un problema práctico, de frecuencia diaria. Dolor crónico, intermitente, espontáneo o provocado a la presión en la fosa ilíaca derecha. Dolor caprichoso, a veces con ritmo digestivo, otras sin tener relación. Muy frecuentemente asociado a una constipación rebelde y ritmando en cierta forma su dolor, con el período de constipación y mejorando la fosa ilíaca derecha, cuando una debase de flemas y materias líquidas, mejora todas las molestias satélites y concomitantes de la fosa ilíaca izquierda. La palpación de la fosa ilíaca derecha se hace profundamente en pared flácida; no hay reacción parietal por ausencia de proceso inflamatorio; el ciego es atónico, flácido, muchas veces móvil; hay signos de hipotonía del colon proximal y atonía y ptosis gástrica frecuente. En cambio la asociación de este cuadro hipotónico del hemicolon derecho y del estómago, contrasta con el síndrome frecuentemente asociado de espasmodismo del colon izquierdo, que abastece la cuerda cólica y el dolor en la fosa ilíaca izquierda.

Causas diversas agravan la sintomatología regional. A veces la estación de pie, las marchas prolongadas, muy corrientemente el frío, al cual son estas enfermas muy sensibles. Otras veces se atribuye al régimen alimenticio o a la proximidad del período menstrual, la recrudescencia o la aparición del dolor. La etiología emotiva o los factores que deprimen psíquicamente a las enfermas, son determinantes en unos casos de la recrudescencia del cuadro. ¡Cuánto valor se ha dado además al dolor irradiado a la raíz del muslo! (*Síntoma del fémoro cutáneo*, que al aparecer conjuntamente con un cuadro de la fosa ilíaca derecha, ha contribuido a afirmar casi axiomáticamente el diagnóstico de apendicitis crónica — o aguda — puesto que ambas formas pueden provocarlo). Este síntoma es una respuesta regional a diversos procesos que lo determinan, fuera del apéndice, y su significado dogmático debe pues modificarse dentro de nuestro arsenal de semeiología clínica.

La sintomatología digestiva satélite, constituye parte del

cuadro: náuseas, inapetencia, digestiones laboriosas y prolongadas, gastralgias post - prandiales, atonía gástrica y ptosis, alternando con fases de espasmo, plexalgia solar, etc., etc. El enflequecimiento, los trastornos mentales y nerviosos, debidos a la intoxicación digestiva, así como a la intoxicación ovárica, consecuencia del ovario congestivo, son otros tantos elementos, que el clínico debe ponderar.

El diagnóstico radiológico. — El estudio del tránsito digestivo es de rigor en gastroenterología. Pueden coexistir lesiones de otros órganos, cosa frecuente si no fatal en la mujer adulta, dado la frecuencia de las colecistitis, simples o calculosas, como causa de síntomas. Las afecciones del colon, el ciego en especial y paracolon, serán evidenciadas por exámenes especiales.

El apéndice visible y rellenable o no; su movilidad o su firmeza; el dolor a la presión siguiendo los cambios de posición del órgano y del dolor, etc., etc., ha permitido al radiólogo el afirmar muy frecuentemente una apendicitis crónica inexistente, así como descartar con seguridad petulante, la existencia de una apendicitis crónica real.

En el primer caso el cirujano opera (hecho desgraciadamente muy frecuente) y como es natural la enferma no cura; opina luego el médico general o el gastroenterólogo y creen que esta enferma sigue sufriendo por defectos de la técnica quirúrgica empleada, o porque como es lo real, tiene otras causas de sufrimiento en el abdomen y la tratan haciendo a su vez falsas rutas, por cuanto no se tiene para nada en cuenta la causa fundamental del error de diagnóstico que es: *la neuralgia pedicular del ovario derecho congestivo*.

La omisión de este conocimiento lleva al radiólogo fatalmente al error, y conduce al descrédito a la acción médico - quirúrgica, consecutiva al mal diagnóstico, y da tema al gastroenterólogo para hacer hipótesis sobre un dolor crónico que sus tratamientos contribuyen a perpetuar o a agravar, o para culpar a una técnica quirúrgica defectuosa el fracaso observado.

La neuralgia pedicular, ¿qué es? — Es el sufrimiento del sistema vegetativo perivenoso, por distensión congestiva de su vaina. El pedículo útero ovárico, asciende desde el ovario hasta

la confluencia cava a derecha y la vena renal a izquierda; su recorrido es vecino al del uréter. Cruza de la pelvis a la fosa ilíaca al nivel de la línea innominada. En este punto hay coincidencia en un plano frontal, de los órganos de la fosa ilíaca derecha: íleon terminal, ciego, apéndice, uréter, pedículo vascular.

En clínica la palpación profunda permite despertar sensibilidad, cuando se comprime el paquete contra la pared posterior sin suscitar defensa parietal. *Es un dolor visceral puro*, y como su localización es en la fosa ilíaca derecha — en una zona que puede ser de Mac Burney —, el clínico piensa *entre otras causas*, en el apéndice crónico.

El radiólogo contribuye al error fatal, dando una seguridad terminante a su fallo. La compresión contra la línea innominada, comprime al uréter, base de ciego, implantación apendicular y *al pedículo venoso*, dando al cirujano la aparente certeza del correcto examen. Se extraerá el apéndice y no se habrá sospechado la causa del mal del sufrimiento. No se piensa en este elemento, y nos asombramos de ello, dado su frecuencia, y lo que es peor es la persistencia de su desconocimiento. Recientemente vimos una enferma con un varicocele pelviano datando de más de quince años: operada de una *seudo apendicitis crónica* en ese entonces. Siguió no sólo igual, sino que continuó empeorando en manos de distinguidos médicos y gastroenterólogos, que le hicieron innumerables exámenes de laboratorio y los regímenes más absurdos, agravando su mal sin remedio. Si hubiese estado en Francia la hubiesen enviado a Plombières o a Chatel Guyon. En nuestro medio después de proponerle un cirujano la colecistectomía, otro una cirugía exploradora, pagó tributo a su proceso causal, en un sanatorio de mentales. Esta neurópata del vientre y general, goza, desde su intervención lógica, de una salud integral.

En ese entonces un distinguido radiólogo, después de tres días de exámenes afirma: *Apendicitis crónica!* (1).

La cura de la causa de su neuralgia pedicular derecha, permitió volver a la vida normal a esta mujer considerada incurable por eminentes médicos y especialistas. Nuestro libro de historias

(1) Lejos de ser la excepción, este caso, es en cambio de comprobación repetida. Casuística particular, del Hospital Pereira Rossell e Italiano y de nuestro Archivo particular.

está lleno de observaciones de este tipo, siendo por lo demás un tema que hemos señalado con preferente atención al estudiantado de la clínica, por su trascendente significado y el valor práctico de su conocimiento.

Causas de la neuralgia ovario - pedicular. — Pedimos para evitar repeticiones, el recurrir a nuestro informe sobre las Congestiones Pelvianas y el Varicocele, donde se verá en extenso la Sintomatología profusa de esta distonía venosa.

En resumen: la euralgia Ovárico - Pedicular, se hace presente o se agrava:

- a) En las congestiones pelvianas esenciales (fluxiones congestivas funcionales).
- b) En los Varicoceles constituídos (congestión crónica).
- c) En las congestiones pediculares derecha ó izquierda, ó bilateral de las Retro - desviaciones uterinas; ésta es una congestión sintomática de causa mecánica.
- d) En las fases de congestión intermitente y periódica paramenstrual (fluxiones episódicas).
- e) De acuerdo con las leyes ⁽¹⁾ que rigen al dolor ovárico y a los procesos del fondo uterino, hoy podemos interpretar la irradiación al través del pedículo espermiático, y su localización en la fosa ilíaca derecha, en estos procesos de mediana intensidad, como lo son los congestivos que hoy nos ocupan.

Queremos llamar una vez más la atención sobre el conflicto-diagnóstico entre la apendicitis crónica y la Neuralgia pedicular, problema completamente distinto al referente al diagnóstico diferencial entre la Apendicitis aguda y la Anexitis derecha, o procesos pelvipitoneales agudos de otro orden. Tema ese que ha sido encarado a nuestro juicio también en forma incompleta y poco satisfactoria en los tratados de patología actual o en trabajos especiales. No es del caso insistir en este punto, que es completamente diferente del tema que tratamos de puntualizar hoy.

(1) Fisiopatología del dolor abdominal. Las leyes de localización, irradiación y proyección del dolor visceral. Congr. Ginecología de Buenos Aires, agosto de 1931.

Conclusión. — a) Problema serio: por la persistencia de un error, repetido sin cesar.

b) Porque induce al médico general a atribuir a otras causas, menos a la real, la causa de innumerables sufrimientos.

c) Porque algunos gastroenterólogos han pretendido atribuir a detalles de técnica manual, el sufrimiento residual, y que sólo es debido a varicoceles ignorados o no considerados por el cirujano actuante.

d) En la mujer, y con más razón en las vírgenes, no aconsejamos hacer apendicectomías por incisiones ilíacas o laterales sino previo tacto rectal que nos permita descartar una retrodesviación congénita, que nos puede simular a la perfección el síndrome apendicular crónico. Es de rigor y de buena clínica el abordar por incisión de Pfannestiel, y extirpar el apéndice crónico o sano y curar la retrodesviación cuando existe y curar el varicocele, cuando se presenta.

e) Recordamos que el varicocele o la fiuxión venosa que lo antecede, no es un problema regional solamente. Es de índole general como lo es todo proceso venoso y por tal razón impone el tratamiento general de estas enfermas, que son generalmente discretamente hipotiroideas, y que benefician a la vez de la terapéutica neurotónica intensiva como complemento del acto operatorio. (Ver Terapéutica del Varicocele, etc, etc.).

f) Deseamos contribuir con esta nota clínica a aliviar la situación de un sinnúmero de enfermas, — que denominamos “víctimas de la mala cirugía”, no por razones técnicas del acto operatorio, como se ha dicho, sino por la falta de visión de la causa del mal, — determinando indicaciones terapéuticas fatalmente condenadas al fracaso. (Casuística documentada de las enfermas con sucesión: extirpaciones del apéndice, vesículas o gastroenterostomizadas, etc.) que el gastroenterólogo pretende curar al final con tratamientos también ineficaces.